

BACHELOROPPGAVE

Bak lukkede dører

Den terapeutiske relasjon som en nøkkel til bedring av anorexia nervosa

av

kandidatnummer7

Karoline Solsvik

Behind closed doors

May the therapeutic relation be the key in treatment of anorexia nervosa?

Sykepleie bachelorstudium

Sk 152

Mai 2015

Antall ord: 6999

Veileder: Siv Førde



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

kandidatnummer 7 Karoline Solsvik

JA X NEI

Kandidatnummer 7, Karoline Solsvik

JA X NEI

kandidatnummer 7, Karoline Solsvik

JA X NEI

Innhold

Sammendrag	
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2. Problemstilling.....	2
1.2.1 Avklaring av problemstilling og definisjon av begreper	2
1.2.2 Avgrensing av problemstilling	2
2 Metode	3
2.1. Søke- og utvalgsprosessen:	3
2.2 Kildekritikk	4
3 Presentasjon av forskningsartikler	5
4 Teori.....	6
4.1 Sykepleieprosessen	6
4.2 Sykepleieteori – Joyce Travelbee	7
4.3 Anoreksia nervosa- symptomer og kjennetegn	7
4.4 Risiko, utviklingsfaktor	8
4.5 Behandling.....	8
4.6 Utvikling av identitet	9
4.7 kommunikasjon	10
4.7.1 Terapeutisk relasjon/ sykepleie-pasient-felleskapet	10
5 Drøfting.....	12
5.1 Identitet og sykdom.....	12
5.2. Terapeutisk relasjon som en nøkkel: Holdninger og handlinger	13
5.2.1. Omsorg	13
5.2.2. Respekt	14
5.2.3 Ansvar	15
5.4. Ambivalens i forhold til behandling.	16
6. Konklusjon:	17
7. Litteraturhenvisning	18

Vedlegg 1: Oversikt over forskningsartikler

Vedlegg 2: Oversikt over søkeprosessen

Vedlegg 3: ICD- 10 – kriterier for anoreksi

Sammendrag

Bakgrunn: I dag forbindes gjerne en slank kropp med en sterk personlighet, og vellykkethet. Et press om å passe inn, og finne sin plass i samfunnet viser seg gjerne å være en av flere utløsende årsaker til at noen mennesker utvikler spiseforstyrrelse, da de etterstreber å leve som sine idealer. Anoreksi er en av de vanligste formene for spiseforstyrrelse. Lidelsen rammer hovedsakelig jenter og kvinner, og debuterer ofte i ungdomsårene. Dersom kropp og vekt blir et mål for egenverd, vil trolig dette også prege identitetsfølelsen til den rammede.

Formål: Jeg ønsket å undersøke om det er en forbindelse mellom det å utvikle en spiseforstyrrelse, og identitetsfølelsen hos den rammede. Hensikten er bevisstgjøring av den terapeutiske relasjon sin funksjon i møte med ung jente som lider av anorexia nervosa, og hvordan den kan påvirke hennes identitetsfølelse. Jeg ønsker å øke kunnskapen rundt et godt møte med en pasient, som både fremmer trygghet og respekt for individet. Oppgaven har Joyce Travelbees sykepleieteori som teoretisk bakteppe, samt Jan Kåre Hummelvoll sine teorier om sykepleie- og bedringsprosessen. Problemstillingen min er som følger: *Hvordan kan sykepleier gjennom en terapeutisk relasjon bidra til økt identitetsfølelse hos jente med anorexia nervosa?*

Metode: Oppgaven er skrevet med litteraturstudium som metode. Jeg har med dette basert oppgaven min på faglitteratur og fem forskningsartikler rundt min problemstilling.

Resultat: Kvinnene med anoreksi opplevde at det var viktig med trygge rammer, og en relasjon som bar preg av tillit og empati. For å oppnå dette må sykepleier vise omsorg, ansvar og respekt.

Konklusjon: Støtte, og en følelse av respekt og tillit, samt opprettelse av trygge rutiner viser seg å ha mye og si hvordan ung jente møter utfordringene sine, samt identitetsfølelsen hennes.

Nøkkelord: Anorexia nervosa, sykepleie, terapeutisk relasjon, identitetsfølelse

1 Innledning

Psykiske plager og lidelser er blant våre største folkehelseutfordringer i Norge. Omtrent halvparten av alle nordmenn rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Reissig, 2010, s.63-68). Dette er også et stort helseproblem hos barn og unge. En regner med at om lag 70 000 barn og unge har psykiske lidelser som krever behandling, og tallene viser at faren for utvikling øker med alderen (Mathiesen, 2010, s. 68-70). Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse, som oftest har sitt utspring i løpet av ungdomsårene, og omtrent halvparten av de som får lidelsen debuterer før fylte 18 år. Anoreksi og bulimi er de mest vanlige spiseforstyrrelsene. Kjønnsfordelingen blant de som får lidelsen er rundt 90 % jenter og kvinner, og 10 % gutter og menn (Skårderud, 2013). Tallene viser at det er en overvekt kvinner som lider av diagnosen, og en regner med at det finnes om lag 1400 jenter med behandlingstrengende spiseforstyrrelse i Norge (Mathiesen, 2009, s.48-49). Sammenlignet med andre psykiatriske lidelser er anoreksi den med høyest dødelighet; risikoen er fire til ti ganger høyere enn i befolkningen forøvrig (Folkehelseinstituttet, 2009).

I den vestlige verden, henger en slank kropp sammen med vellykkethet, og mange etterstreber sine idealer og deres levemåter. Å bevare sin identitet er viktig for opplevelsen av egenverd. Identiteten blir fremmet gjennom kommunikasjon med andre, ved at vi søker bekreftelse og aksept (Eide & Eide, 2007). Den som lider av spiseforstyrrelse har gjerne vanskelig for å sette ord på følelsene, og har dårlig kontakt med seg selv tross veltalenhet. Bearbeiding av psykologiske konflikter blir vanskelig, og følelsesmessig ubehag forsøkes og «sultes vekk» (Skårderud, 2013). Her kommer helsepersonell inn i bildet, for å tolke det språket kroppen taler.

Statens helsetilsyn (2000) utarbeidet retningslinjer i en plan for spiseforstyrrelser: *Utredningsserie (7-2000) «Alvorlige spiseforstyrrelser; retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten»*. Av retningslinjene kommer det frem at man gjennom sykepleierautorisasjon kan stå ansvarlig for behandling av de som får diagnosen anorexia. St. prp. nr. 63 (1997-98) om «*opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*», har ført til økt fokus på forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Bakgrunnen for vedtaket var blant annet manglende behandlingstilbud til pasientgruppen, og liten kompetanse på området. Det kan altså stilles krav til handling med kompetanse i møte med pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Formålet med oppgaven er å belyse lidelsen anorexia nervosa ut fra et sykepleieperspektiv. Jeg har selv jobbet meg gjennom to år med anorexia. I løpet av disse årene har jeg også møtt andre jenter med lidelsen. Av egen, samt deres erfaring har jeg stilt meg undrende til mange av helsepersonell sin tilnærming til pasientgruppen. Jeg ønsker å se ulike sider ved sykepleie i samhandling med pasientgruppen. Studier viser til at en ved å lytte til klientens stemme, legger grunnlag for effektiv behandling. Å bruke klienten selv som verktøy vil være nyttig for å drive brukermedvirkning på individnivå (Ulvestad, Henriksen, Tuseth, & Fjeldstad, 2007). Jeg ønsker at mine erfaringer skaper en dypere forståelse for tema, men jeg forstår også at dette kan være en fallgrube, og søker derfor veiledning selv gjennom arbeidet mitt.

1.2. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom en terapeutisk relasjon bidra til økt identitetsfølelse hos jente med anorexia nervosa?

1.2.1 Avklaring av problemstilling og definisjon av begreper

Med denne problemstillingen menes hvordan sykepleier kan bidra til at jente med anorexia nervosa får en identitetsfølelse som er atskilt fra diagnosen. Det er grunnleggende for denne oppgaven å tematisere konflikten mellom anorexia og identitet.

Anorexia Nervosa: heretter kalt anoreksi, er selvfremkalt og diagnostiseres hos de som har 15 % lavere enn forventet kroppsvekt, eller en Body mass index (BMI) på under 17.5 (Snoek & Engedal, 2008). Normal BMI ligger på 18,5-25 (Stubberud, Almås, & Kondrup, 2010).

Terapeutisk relasjon: En relasjon er forholdet mellom mennesker og situasjonen de er i. Et utgangspunkt for å forstå begrepet er samspill og interaksjon. I en terapeutisk relasjon samarbeider terapeuten med pasienten for å identifiser og korrigere tankemønstre, for å finne bedre problemløsningsstrategier og mer tilfredsstillende atferd (Hummelvoll, 2012).

Identitetsfølelse: Hummelvoll (2012) bruker identitet synonymt med selvbylde. En kan se på identitet som en klarhet i at man «er seg selv», og preges av selv-observasjon, og selvevaluering.

1.2.2 Avgrensing av problemstilling

Innledningsvis nevnte jeg at det er overvekt jenter og kvinner som får spiseforstyrrelser, og ofte før fylte 18 år. Dette ligger til grunn for at jeg bruker kvinner, mellom 13-18 år, som inklusjonskriterium for mitt studium. Det vil være et poeng at dette er ungdom innlagt ved psykiatrisk post, da det er kommunikasjonsferdigheter som del av et behandlingsopplegg jeg stiller spørsmål ved. Jeg

undersøker effekten av behandling som settes i verk, med vekt på relasjoner som dannes, og hvordan de kan påvirke identitetsfølelsen hos rammede. Jeg trekker inn sykepleieperspektivet, og belyser med dette sykepleiers rolle. Jeg fokuserer ikke på forebyggende arbeid ved pasientgruppen da utgangspunkt er hos jente som allerede er innlagt, samt grunnet begrensinger med antall ord.

2 Metode

Dette er en litterær oppgave, som innebærer at jeg benytter allerede eksisterende skriftlige kilder. Jeg har brukt fagbøker, internett og forskningsartikler. Forskningsspørsmål jeg undersøkte, vektla de relasjoner som dannes i et terapeutisk sykepleie-pasient- fellesskap, og hvordan anoreksi påvirker identitetsfølelsen hos rammede. Studiedesign jeg undersøkte var hovedsakelig kvalitative studier. Kvalitative metoder går ut på å belyse opplevelser og mening, som ikke kan måles eller tallfestes. Formålet er å finne sammenhenger, samt gi en dypere forståelse, fra intervjupersonens perspektiv (Dalland, 2007). Denne type metode var godt egnet da den gav meg gode data, samt belyste problemstillingen min på en faglig og interessant måte.

2.1. Søke- og utvalgsprosessen:

Jeg gjennomførte systematiske søk på Akademisk Search premiere ([ASP] Inkludert Cinahl og Medline), Oria og Swemed. Dette er databaser jeg har fått anbefalt gjennom høgskolen, og ser på som pålitelige kilder. Jeg brukte Svemed + for å finne relevante engelske søkeord. Artiklene skulle handle om sykepleie, anoreksi, kommunikasjon, relasjoner, tillit, identitetsfølelse m.m. Av noen av alternativene, valgte jeg søkordene Anorexia Nervosa, adolescent, effective nursing, interpersonal relationship, identity og self-esteem. Disse kombinerte jeg på ulike måter, og avgrenset søkene etter fulltekst.

I ASP kombinerte jeg søkordene Anorexia Nervosa, Adolescent, Effective nursing og relations (vedlegg 2). Jeg inkluderte to artikler (Nr.1 og 2). Dette er kvalitative studier, hvor en tar for seg effektiv behandling fra sykepleiers perspektiv, og den andre fra pasienten sitt perspektiv.

I databasen Oria nyttet jeg søkordene: Anorexia Nervosa, adolescent, nursing og identity (vedlegg 2). Jeg fant to artikler til min oppgave (Nr.3 og 4), som også baserte seg på kvalitative studier rundt opplevelsen av å leve med anoreksi.

Deretter inkluderte jeg søkordet «self-esteem» i databasen Oria, og fant en artikkel ([Nr.5.] Vedlegg 2). Hummelvoll (2012) viser til Olofsson og Sjöström, som bruker selvbilde synonymt med identitet, og jeg inkluderte derfor dette i mitt søk.

Jeg gikk via Folkehelseinstituttet, og fant helserapporter for statistikk, samt grunnleggende informasjon rundt lidelsen. Jeg brukte «Bibsys» for å søke etter litteraturpensum. Jeg søkte på Anoreksi og sykepleie. Gjennom søket fikk jeg interesse for boken «Sterk/Svak» av Finn Skårderud (2013). Jeg gikk manuelt gjennom pensumlister vi har fått presentert gjennom studiet. Jeg kom over Hummelvoll (2012) sin bok «Helt- ikke stykkevis og delt,» som tar for seg recoveryteori, noe jeg også ønsker å fordype meg i gjennom oppgaven. Jeg har også valgt å bruke Joyce Travelbee som teoretiker, da hun er opptatt av mellommenneskelige forhold i sykepleie. Dette blir også relevant for meg da jeg skal belyse den terapeutiske relasjon sin funksjon.

2.2 Kildekritikk

Dalland (2007) skriver om vurdering av de kilder man benytter seg av i en oppgave. Jeg avgrenset søket mitt til litteratur og forskning av nyere dato (2005-2015). Jeg ønsket at studiene presenterte resultat av relevans og pålitelighet. Jeg benyttet IMRAD- strukturen, der bokstavene står for introduction, method, result and discussion. I korte trekk er dette en disposisjon av innledning, metode, resultat og diskusjon. Jeg ønsket dessuten at de skulle være fagfellevurdert (gjennomgått og godkjent av profesjonelle på området).

Ulempen med at jeg har jobbet med et litteraturstudium, er at jeg benytter informasjon det allerede er forsket på. Dette kan gjøre meg nærsynt, i den grad det kan være vanskelig å finne kunnskap om nøyaktig det tema jeg ønsker å fordype meg i (Dalland, 2007). Jeg opplevde at det var mye forskning rundt effektiv behandling, og relasjonsdanning, men lite bevegde seg innenfor min problemstilling rundt identitetsbegrepet. Dette savnet jeg i studiene.

De to første artiklene baserer seg mye på hva som fremmer vektøkning (fysisk bedring), og mindre på det psykososiale. Dette kan ha påvirket mitt fokus, slik at jeg beveget meg bort fra problemstillingen, som fokuserer mye på det psykososiale. Jeg har søkt veiledning for å unngå denne feilen. Artiklene er like vel relevante for min oppgave da de også beskriver viktigheten av en god terapeutisk relasjon, både fra pasient og sykepleier sitt perspektiv.

Artikkel nummer tre og fire, svarte mer på problemstillingen min, da de hadde noe likt fokus.

Ulempen med artiklene var at de ikke fokuserte på sykepleiers funksjon som en del av behandling. Kvinnene som var med i undersøkelsene var dessuten ikke innenfor mitt ønskede referanseområde, 13-18 år. Jeg inkluderte de like vel i min oppgave da flere jenter i undersøkelsen oppgav at de hadde

sykdomsdebut i ungdomsalder, og dette kan forhåpentligvis benyttes i diskusjon rundt problematisering av identitet og ungdomsalder.

3 Presentasjon av forskningsartikler

1. *Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective* (Ommen, Meerwijk, Kars, Elburg, & Berno, 2008).

Dette er en kvalitativ studie hvor 13 ungdommer mellom 13-18 år ble intervjuet i for å belyse effekten av behandlingsopplegg ved anoreksi. Studien viser at sykepleier gjennom samhandling har stor påvirkning på opplevelsen av en innleggelse, samt ønske om å gå opp i vekt. Kontinuerlig involvering hadde mye og si for tillit hos den syke. Kvinnene i studien viste til behov for normalisering, struktur, og at noen tar over ansvaret og kontrollen (vedlegg 1).

2. *Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions* (Bakker, Meijel, Beukers, Meerwijk, & Elburg, 2011)

I denne kvalitative studien ble 8 dybdeintervjuer gjennomført med helsepersonell, for å undersøke hvilke behandlingstiltak som vises å være effektive ved behandling av anoreksi. Resultatene viser at gode terapeutiske relasjoner er nøkkelen for å oppnå ønskete ambisjoner med behandlingen. Sykepleier kan hjelpe jenten til å finne seg selv gjennom veiledning og modellering. Det ble vist til vanskelighet med ambivalens i forhold til behandling som en barriere for tilnærmingen (vedlegg 1).

3. *Living with the «anorexic voice»: A thematic analysis* (Tierney & Fox, 2010)

Dette er en kvalitativ studie hvor 37 kvinner over 16 år mottok «undersøkelsespakke» for å svare på hvordan det er å leve med en anorektisk «stemme». Resultatene fra studien legger frem både positive og negative sider ved å leve under diktatur av en anorektisk «stemme». Til tross for negative følger, kjente kvinnene fra studien også på en sterk tilhørighet, som de hadde savnet. Studien tar for seg identitetsvansker relatert til sykdommen, og ambivalens i forhold til bedringsprosessen (Vedlegg 1).

4. *Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa* (Micevski & McCann, 2005)

I denne kvalitative studien ble 10 sykepleiere ved en barneavdeling dybdeintervjuet i 30-60 minutter for å undersøke hvordan man bygger relasjon til ungdom med spiseforstyrrelse. Studien viser til at relasjoner med anorektiker ofte bærer preg av mistillit. For å få en sterk relasjon kreves det tid,

tålmodighet og rom. Samhandlingen ble delt i tre hovedpunkter; 1) å skape en forståelse for hverandre 2) være støttende og 3) å skape tillit. Tillit ble trukket frem som et av de viktigste elementene, da den ikke kan kreves, men tjenes (Vedlegg 1).

5. *Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa* (Karpowicz, Skärsäter, & Nevoni, 2009)

I denne kvantitative studien ble 38 kvinner, mellom 16-25 år, intervjuet før og etter tre måneders behandling for spiseforstyrrelse, for å undersøke selvfølelsen hos rammede. Resultatene viste at lav selvfølelse fører til negativ selvoppfatning, og generell utilfredshet med livet. Forskningen viser at de med anoreksi har dårlig selvfølelse, og dette ligger til grunn for ønske om vektreduksjon. Behandling viste å være effektiv, både på pasientens selvfølelse og BMI (Vedlegg 1).

4 Teori

4.1 Sykepleieprosessen

I følge Hummelvoll (2012) kan sykepleieprosessen benyttes som verktøy for å identifisere og løse pasientens problemer. Dette er en handlingsserie som iverksettes for å opprettholde pasientens optimale helse, ved planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. Den kan sees som en to-delt prosess, med en problemløsnings-, og en kommunikasjons- og relasjonsprosess.

Problemløsningsprosessen betraktes gjerne som standardmetoden innen naturvitenskapene, og knyttes til den hypotetisk-deduktive metoden.

Kommunikasjons- og relasjonsaspektet kan sees på som den mellommenneskelige delen, med mål om å bygge opp gjensidig tillit ved å vise ansvar, omsorg og respekt (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) bruker begreper som sykepleier-pasient-felleskapet om dette aspektet ved prosessen. Spesielt i psykiatrisk arbeid er nettopp dette felleskapet en avgjørende rolle for bedringsprosessen, også kalt recovery. I følge bedringsteorien, som har fokus på bedring av alvorlige psykiske lidelser, er en av sykepleierens hovedoppgaver å åpne opp for nysgjerrighet, og mot til å prøve ut nye mestring- eller problemløsningsstrategier. God sykepleie er respekt for pasientens individ, som innebærer hans integritet og autonomi. Målet med sykepleien er menneskets subjektive erfaring, og den utføres basert på pasientens verdier (Hummelvoll, 2012).

4.2 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Det finnes flere teorier som definerer sykepleie. Grunnen til at jeg bruker Joyce Travelbee i oppgaven, er interesse for hennes individualistiske menneskesyn. Hun belyser menneske-til-menneske-forhold, som er viktig ved samarbeid med pasient. Joyce Travelbee (1999) ser på sykepleieprosessen som en mulighet for å fremme de individer som deltar. Hun definerer sykepleie slik:

“sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleier assisterer individ, familie eller samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og dersom det er nødvendig, finne mening med disse erfaringene” (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee (1999) vektlegger at sykepleie er en prosess som alltid, indirekte eller direkte, dreier seg om mennesket. Dette ligger til grunn for at all sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Det er sentralt i hennes tenkning at sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk. Sykepleie må i følge Joyce Travelbee sin teori ses i lys av at målet er å hjelpe mennesket med å finne mening. Den syke må motiveres til å ikke bøye seg for sykdom, men å bruke den som en livserfaring, og bli kjent med seg selv. Sykepleieteorien handler om et helhetlig menneskesyn, og det enkelte individ. Hvert menneske er unikt, og forskjellig fra andre som lever og har levd. Det er først når en oppfatter hverandre som unike individer at en kan danne en relasjon. Det kommer frem av teorien jeg benytter at en gjennom en relasjon hvor sykepleier bruker seg selv terapeutisk kan fremme individer, og dermed en identitetsfølelse (Travelbee, 1999).

4.3 Anoreksia nervosa- symptomer og kjennetegn

For å svare på spørsmålet mitt om hvordan sykepleier gjennom terapeutisk relasjon kan påvirke identitetsfølelse hos jente med anoreksi må jeg også forstå hva sykdommen innebærer.

Oppgaven omhandler anoreksi, sett i henhold til ICD-10 (Vedlegg 3). Belastningene på kroppen er store, og symptomer og skader kan i verste fall være dødelige (Skårderud, 2013). Atferdssymptomer kommer til uttrykk i unngåelse av matvarer, ofte kombinert med fremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, og overdreven trening (Hertz, 2011). Det handler om å begrense hva, og hvor mye man spiser (Skårderud, 2013). Anoreksi er en psykisk lidelse karakterisert med fysiske symptomer; følelsene uttrykker seg med kroppens språk. Anoreksipasienter har en forstyrret kroppsoppfatning, med følelse av å være for tykk selv om man er mager, samt en intens frykt for fedme (Snoek & Engedal, 2008). Det dreier seg om identitetsforstyrrelser som forsterkes av spisevansker (Hummelvoll, 2012).

4.4 Risiko, utviklingsfaktor

Da presentert statistikk viser til at det er flest unge jenter som blir rammet av lidelsen blir det relevant å se på årsaker til sykdommen. Det kan forhåpentligvis gi en forståelse av forekomsten hos ungdom. Dette blir en overflatisk presentasjon, da jeg ikke fokuserer på forebyggende arbeid i denne oppgaven. Utgangspunktet ligger hos jente som allerede er syk. Skårderud (2013) skiller mellom faktorer som disponerer, utløser og vedlikeholder en spiseforstyrrelse. Disponerende faktorer er generell sårbarhet pga. genetikk, og personlighetsutvikling (negativt selvbilde og perfeksjonisme). Utløsende faktorer er rolleforandring (hormonell og kroppslig endring), traumer m.m. Vedlikeholdende faktorer er familiekonflikter, kulturelle verdier, følelse av kontroll m.m. Det er sannsynlig med et samspill mellom slike psykososiale og genetiske faktorer (Skårderud, 2013).

4.5 Behandling

De som lider av anoreksi opplever gjerne et ambivalent forhold både til å søke hjelp og motta behandling. Ved å bli frisk, blir man kvitt noe, likevel føler noen av pasientene at de mister noe de trenger. Finn Skårderud (2013) relaterer til anoreksien som «venn»/ «fiende». Det oppstår ofte motsetninger i prosessen: Ønsket om tilknytning på en side, og ønske om uavhengighet på den andre (Skårderud, 2013).

For å få et godt behandlingsforløp må man diagnostisere og starte behandling tidlig. Det blir ofte aktuelt med samarbeid gjennom en behandlingsskjede. Det dreier seg om tverrfaglig samarbeid, hvor pasienten først møter primærhelsetjenesten, for så å overføres til poliklinisk behandling, eller privatpraktiserende psykiater (Hummelvoll, 2012). Noen tilfeller vil kreve behandling i psykiatrisk sykehus, og ved spiseforstyrrelse av alvorlig grad vil sykehusinnleggelse være påkrevd. Det finnes ulike begrunnelser for slik behandling deriblant lav vekt, med lave kaliumverdier, alvorlig depresjon, eller at poliklinisk behandling har vist seg å ikke være nok.

Bedring skjer i ulikt tempo, på de ulike områdene (Hummelvoll, 2012). I tillegg til krav om fysisk bedring, stilles det i følge Helsetilsynet (2000) tilleggskriterier, som beveger seg mer over på psykisk bedring. Noen av disse er:

- 1) akseptering av kroppen og eget utseende, men også at man knytter selvtillit til andre sider ved seg selv
- 2) identifisering av tanker, følelser og situasjoner som tidligere resulterte i symptomatferd
- 3) mestring av nye kriser, forandringer eller krav på andre måter og

- 4) å identifisere og akseptere følelser og behov som egne, samt inngå meningsfulle relasjoner med mennesker (Helsetilsynet, 2000, s 31).

Dette viser at det psykososiale også har mye og si for behandlingen. Dette støtter studien til Tierney & Fox (2010), som intervjuet kvinner som var friske fra anoreksi. Det kom frem at opplevelsen av bedring ikke avhenger av vekt, men en kompleks sammenheng av mange faktorer, blant annet relasjoner, selvfølelse og kroppsbilde.

4.6 Utvikling av identitet

I følge Hummelvoll (2012) dreier anoreksi seg om identitetsforstyrrelser, som forsterkes av spisevansker. Ulike teorier kan i følge Finn Skårderud (2013) forklare spiseforstyrrelse som et fenomen, og hvorfor noen utvikler anoreksi, mens andre ikke. Etter Freuds psykoanalysen, ble det dannet ulike utviklingsperspektiver, som gir en forståelse av individet som sosialt vesen, og hvilke mellommenneskelige faktorer som påvirker psykologisk utvikling. Teoriene viser at mennesket gjennom samhandling med andre utvikler en forståelse og opplevelse av hvem de er, samt hvilke følelser og behov de har. De skaper en forståelse av hva det vil si og være i en relasjon.

Gjennom møte og kommunikasjon med andre blir ens identitet bekreftet, og alle har et iboende behov for å bli bekreftet og akseptert (Nielsen & Binder, 2006). Nielsen og Binder (2006) tar utgangspunkt i Erik Eriksons teori om at menneskets utvikling beveger seg gjennom ulike trinn i ulike tidsperioder etterfølgende av hverandre. Ved å bevege seg fra et trinn til et annet vil en møte en viss belastning, og avhengig av hvordan denne belastning takles, vil utvikling av personlighet beveges i positiv eller negativ retning. Det femte utviklingstrinnet er ungdomstiden; Individet belastes med identitet, versus rolleforvirring. Erfaringer og opplevelser fra barndommen samkjøres med forventningene fra den voksne verden. Spørsmål som dukker opp er «Hvem er jeg?» (Nielsen & Binder, 2006)

Fokuset gjennom oppgaven ligger hos ungdom som befinner seg i dette femte trinnet; puberteten. Det vil være et premiss at anoreksi tematiserer forvirring rundt identitet. Mye av psykoanalysen legger vekt på at barnas behov ikke er møtt. Teorien kan forhåpentligvis være modell som danner en forbindelse mellom det å utvikle en identitet, og anoreksi, da spiseforstyrrelsen kan være et av flere symptomer på behov som ikke er dekt (Skårderud, 2013).

Selvpsykologien er en nyere versjon av psykoanalytisk tenkning. Teorien tar for seg selvets dannelser, og evt. misdannelser. Alle fødes med en begynnelse til et selv. Vår indre følelse av oss selv og våre verdier avhenger av hvor godt relasjonelle behov blir møtt. Hvem vi opplever at vi er, er et produkt av hvordan vi forventer å bli møtt, og hvordan behovene våre faktisk *blir* møtt. (Binder &

Nielsen, 2006). Skårderud (2013) peker videre på tre aspekter som skal påvirke selvet, og selv bli påvirket gjennom relasjoner med nære. Det første er det grandiose selvet, med behov for bekræftelse. Det andre er foreldreidealene: Å ha noen å strekke seg etter, og til slutt alter-egoet: Vi søker å bli noen, med et ønske om å føle likhet. Gjennom samhandling skal disse behovene bekræftes og dempes, og selvet skal utvikles til å bli et modent selv. Ved å bli sett, og bekræftet dannes en balanse mellom selvstendighet på den ene siden, og avhengighet på den andre siden. Ved gjentatt undertrykking av behovet for å bli sett er det en risiko for å utvikle umodenhet, noe som vises i en svingende og ustabil selvfølelse. Et sentralt begrep som kommer frem er empati: Evnen omsorgspersonene har til å se barnets behov.

Skårderud (2013) peker dessuten på variasjoner av grenseløshet i dagens samfunn som en mulig årsak til lidelsen. Det kreves et selvstendig individ, som er bevisst ved seg selv. Skårderud (2013) regner dette som «selvets kultur», hvor det forventes en sterk identitetsfølelse, bygd opp av blant annet selvrealisering og selvfølelse. For noen blir dette for mye, og anoreksi kan fungere som tydelighet i det utydelige.

4.7 kommunikasjon

Identitet blir bekræftet gjennom kommunikasjon og samhandling med mennesker. Det å bevare sin identitet er viktig for opplevelsen av egenverd. Det blir relevant å diskutere forholdet mellom kommunikasjonsprosessen og identitetsdannelse. Når man kommuniserer er man i dialog, søker kontakt og inngår i samspill med andre mennesker. Evnen til å kommunisere ligger hos alle, og er et medfødt behov (Hummelvoll, 2012).

Joyce Travelbee ser på kommunikasjon som nøkkelen til å skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999). Med grunnleggende tanke om at selvbestemmelse (autonomi) er en sterkt bundet verdi i relasjonen, forplikter man seg til å handle slik at interesser og behov blir ivaretatt.

Kommunikasjon henger altså sammen med identitet; Hvem vi er, og hvem vi bør være i relasjonen (Eide & Eide, 2007). I oppgaven tar jeg utgangspunkt i at pasienten er et selvstendig individ (autonom), og sykepleier må derfor ha et perspektiv der opplevelsen av situasjon og sykdom ses fra den syke sin side, og hva som er viktig og vesentlig for pasient (Eide & Eide, 2007).

4.7.1 Terapeutisk relasjon/ sykepleie-pasient-fellesskapet

Målet med innleggelsen er et fullt terapeutisk tilbud, og ikke bare å redde livet til jenten. «Kjernen i profesjonell kommunikasjon i helseyrkene er at den er faglig velfundert, og til hjelp for pasienten» (Eide & Eide, 2007, s.12). Profesjonell kommunikasjon forutsetter ferdigheter hos sykepleier, og innebærer blant annet at relasjonen er anerkjennende, skaper trygghet og tillit samt formidler

informasjon slik at pasient og pårørende kan mestre situasjonen på best mulig måte (Eide & Eide, 2007).

Sykepleier må gjennom samhandling fremme yrkets verdigrunnlag. I de internasjonale retningslinjene punkt 2. kommer det frem at sykepleie skal ivareta individets iboende verdighet og integritet. Med dette forstår en retten til helhetlig sykepleie, medbestemmelse og til ikke å bli krenket (Norsk sykepleieforbund, 2011). Det som kan prege relasjonsarbeidet med pasienter med anoreksi er at de gjerne ikke betrakter seg som syke, og av de grunner ikke mener at de har behov for behandling (Hummelvoll, 2012). Ut fra Joyce Travelbee sin teori kan man forstå at det essensielle i den terapeutiske relasjonen er det mellom-menneskelige (Travelbee, 1999). Det blir viktig å få en engasjert, og aktiv deltagende pasient. Dette er faktorer som vil fremme mestring, og motivasjon. Sykepleier-pasient-fellesskapet ligger i følge Hummelvoll (2012) til grunn for å få forståelse av menneskers livssituasjon og deres måte å se verden på, også med tanke på de problemer og utfordringer de har. Gjennom et forpliktende og gjensidig fellesskap, skal sykepleier hjelpe pasient til å finne selvrespekt, og egne livsverdier.

For å kunne bygge opp en god relasjon, som er bærende og langsiktig, er empatisk forståelse en viktig forutsetning. Hummelvoll (2012) viser til Rognes uttalelse når han hevder at empati er en medfødt evne hos alle. Med empati menes evnen til å gjenkjenne andre menneskers følelser og intensjoner, det vil si å oppfatte den andres subjektive verden mest mulig presist (Hummelvoll, 2012). Det pregende behovet for kontroll, fører gjerne til bortvising av tilnærmelser utenfra. Dette kan oppleves som avvising fra sykepleier sitt ståsted, og krever stor grad av selvinnsikt. Å finne motivasjon i en relasjon som ikke bærer preg av samarbeid, er krevende. Marit Borg og Alain Topor (2014) nevner Davidson og Sayner (1997) sin diskusjon rundt innenfra- og utenfra- perspektivet: Det kommer frem at hjelpeapparatet må ta utgangspunkt i perspektivet til personene selv. Det er hos pasientene selv løsninger ligger, da det er de som har kunnskap om seg selv og hva som er problemet.

5 Drøfting

Jeg vil videre diskutere hvordan sykepleier gjennom en terapeutisk relasjon kan bidra til økt identitetsfølelse hos jente med anoreksi.

5.1 Identitet og sykdom

Sykepleier må ha faglige kunnskaper om utvikling, og hva som kjennetegner ungdom, for å forstå hvilken identitetsfølelse jenten har. Ut fra Erik Erikson sin psykoanalyse kan sykepleier ta utgangspunkt i at jenten befinner seg i ungdomsalderen, som igjen kan medføre identitetskrise (Nielsen & Binder, 2006). Teorien jeg tar utgangspunkt i ovenfor, viser til at jenten kan ha behov som ikke er møtt. Som Finn Skårderud (2013) påpeker, har en behov for å bli sett og bekreftet: Ved at en opplever seg sett, kan en se seg selv, og dernest bli seg selv.

Identitetsarbeidet handler om å oppdage og utforske områder hvor ungdommen kan mangle noe (Hummelvoll, 2012). Kan det tenkes at jentens behov for å bli sett gjennom oppveksten har blitt oversett av omsorgspersonene? Om så, kan dette ha medført en ubalanse i følelsen av selvet i følge Finn Skårderud (2013), hvor grunnleggende tillit og selvstendighet blir hemmet (Hummelvoll, 2012). Det kommer dessuten frem av forskningen til Karpowicz et al. (2009) at en anorektiker har mangel på selvtillit, med negativ selvoppfatning, og tilknytning til egen identitet. Anoreksien kom gjerne som en løsning da den gav noe å knytte identiteten opp mot.

Sykepleier må forsøke å få en forståelse for spiseforstyrrelsens identitet, da det trolig finnes forbindelser mellom jenten med anoreksi, og kulturen hun lever i. I søken etter identitet og verdier, kan medias store eksponering av kropps- og skjønnhetsidealer ha hatt negativ påvirkning. Kroppen har gjerne blitt til et estetisk objekt, til vurdering for andre mennesker. Overopptatthet på kropp og utseende er kanskje blitt et mål for egenverdi, og hun føler gjerne at om hun ikke er noe annet, er hun i alle fall tynn. Kroppen er et symbol på mestring. Sykepleier må hjelpe jenten til å identifisere og regulere følelser, selvilde og kroppsoppfatning. Dette innebærer å oppdage anorektiske tanker, og hjelpe henne med å få et annet perspektiv på hva som skaper kontroll, identitet og verdi. Jenten må bli kjent med seg selv. Dette kan hun gjøre ved at hun får hjelp til å trekke seg ut av situasjonen og spørre: Hva har skjedd nå?

På en annen side kan denne tilnærmingen føre til generalisering, som igjen kan medføre at sykepleier tror at hun vet hva ungdommen føler og tenker, fremfor å se på henne som eget individ. Dette går mot Travelbees teori om at sykepleier skal fremme hvert menneske som unikt. Jeg forstår ut fra Travelbee (1999) sin teori at det skal oppstå en tilknytningsprosess, samtidig som det begynner en

atskillelsesprosess: Individuelle identiteter skal vokse frem gjennom interaksjonen. En generalisering som presentert ovenfor vil bremse jentens bedring, og potensielt fremvekst av et individ.

Kan det tenkes at jenten ikke har dårlig selvtillit? Studien til Karpowicz et al. (2009) viste at flere av jentene ikke hadde lav selvtillit ved innleggelse. Jenten følte gjerne mestring ved å gå ned i vekt, og dette er en måte for henne å oppnå suksess. Dette viser også Skårderud (2013) til: Han relaterer til dette som "grandiositet"; storhet. Dette er hennes arena, og noe hun er selvsikker på. Det er tenkelig at jenten ikke har lav selv-følelse, og dermed ingen lav identitetsfølelse. En anorektiker er som kjent sulten på bekreftelse, og dette oppnår hun ved å bli liten.

Men det kan tenkes at jentene i studien til Karpowicz et al. (2009) hadde selvtillit grunnet av håp for fremtiden. Anorektikeren har gjerne håp om å overvinne sykdommen, og har derfor selvtillit med seg ved innleggelsen. Studien viste at nøkkelen til bedring var motivasjon og viljestyrke. Med støtte fra pleier blir dette mulig. Sykepleier må bruke sin kunnskap rundt utvikling, for videre å bli kjent med jenten som et individ.

5.2. Terapeutisk relasjon som en nøkkel: Holdninger og handlinger

Kan den terapeutiske relasjon bidra til økt identitetsfølelse? Hummelvoll (2012) mener god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier bygger opp under pasientens følelse av selvet. Målet er at relasjonen bidrar til endring som gjør at situasjonen etter behandlingen skiller seg fra situasjonen før. Flere kvinner fra studien til Tierney & Fox (2010), relaterte til anoreksien som en venn, da den dempet indre uro. Kan sykepleier bli «vennen» som erstatter «identiteten» til anoreksien, og dermed øke jentens identitetsfølelse? Ommen et al. (2009) viser til at relasjoner preget av empati og tillit er viktig. Jenten må bevege seg fra tillit til den «anorektiske stemme», til tillit til hjelpeapparatet (Tierney & Fox, 2010). Ved at man oppnår en relasjon preget av gjensidig tillit vil dette kunne gi mot til å prøve ut nye mestringsstrategier. Jenten vil forhåpentligvis gi slipp på identiteten til anoreksien, og gå utenfor seg selv i søken etter egne verdier. Det blir et premiss for relasjonen at den bærer preg av gjensidig tillit, og Hummelvoll (2012) mener at dette oppnås via *omsorg, respekt og ansvar*.

5.2.1. Omsorg

Er empati nøkkelen for å yte god omsorg? Skårderud (2013) mener empati henger sammen med omsorgspersonene sin evne til å se barnas behov, og slik opplever man andres verden best. Sykepleier må, igjen, utforske ungdommens behov. Dette krever tid og rom, slik at jenten kan komme frem i kraft av seg selv. Jeg opplevde også en sterkere relasjonsfølelse ovenfor sykepleierne som tydelig prioriterte tid og rom til meg gjennom behandling. Jeg ser derfor på empatisk tilnærming

som en viktig del av relasjonsarbeidet med pasient, da sykepleier må vise at hun er verdifull (Hummelvoll, 2012).

På en annen side; er det alltid tid og rom? På hektiske dager med dårlig bemanning vil en ikke ha ressurser til å prioritere samt sette av like mye tid til å fremme denne type empati. Et krav om at sykepleier skal prioritere både tid og rom kan være for ambisiøst.

Hjelper kan møte utfordringer med å sette egen forståelse og fordommer til sides, til fordel for å forstå jenten (Hummelvoll, 2012). Holdningene hos sykepleier vil avgjøre videre samhandling. Det gjelder å akseptere, og ta i mot følelsene som kommer med en åpen og ikke-dømmende holdning, deretter må de sammen skape et nytt forhold til tankene (Skårderud 2013). Dersom sykepleier har en dømmende holdning, og ser på sykdommen som selvpåført kan dette gjennomsyre innholdet i samtale. Da sykepleier skal sette grenser, kan dette oppleves som «straff» fremfor «hjelp». På slike premisser lar det seg ikke danne en god relasjon. Om sykepleier ikke er bevisst i tilnærmingen kan det føles som et svik fra jentens side, som vil føre til at hun mister troen på seg selv, og menneskene hun omgås i relasjoner. Dette vil hindre henne i å finne tilbake til seg selv, og identitetsfølelsen hennes svekkes. På en annen side; Omsorg basert på å skape en relasjon som både er anerkjennende, samt skaper trygghet og tillit gjør at jenten kan mestre situasjonen på en god måte, slik jeg ser det av erfaring, og ved gjennomgang av litteratur. Dette vil gi henne økt selvtillit, og mot til å stole på de råd og krav som blir stilt til henne gjennom behandlingen.

5.2.2. Respekt

Sykepleie som forutsetter respekt for pasientens individ, innebærer også at hennes integritet og autonomi ivaretas. Dette vil kunne styrke jentens identitetsfølelse, og spille en avgjørende rolle i helbredelsesprosessen. Dette vil også fremme sykepleiers sitt verdigrunnlag, som innebærer at sykepleier skal fremme jenten sin verdighet og integritet, ved å utøve helhetlig sykepleie, som ikke krenker henne (NSF, 2011). Mennesket oppfatter i følge Joyce Travelbee (1999) seg ikke som «identisk med» sin sykdom. Forholder sykepleier seg til diagnosen, vil vektnormalisering være nok for bedringsprosessen. Sykdommen må ses på som «noe» jenten har, og ikke «noe» hun er. Holdningen til sykepleier, vil igjen, kunne påvirke identitetsfølelsen til jenten. Dersom sykepleier ser på jenten som en diagnose, kan en forvente ulike reaksjoner ettersom det oppstår en frustrasjon av å bli av-humanisert. Denne frustrasjonen kan fremtre åpent og direkte, men også indirekte dersom hun ikke føler seg trygg nok til å lette følelsene. Dette kan vise seg i at jenten blir irritabel og anspent (Travelbee, 1999). Sykepleier mister sin funksjon som hjelpende og helbredende. Jenten stiller svakere i relasjon, og det vil ikke vokse frem en sunn identitet på slike premisser.

På en annen side: Dersom sykepleier viser at hun ønsker å hjelpe jenten, ikke på grunn av sykdommen hun har, men på grunn av at hun er den hun er, kan dette i tråd med Travelbee (1999) sin teori, føre til fremvekts av en god identitet. Jenten føler seg sett for den hun er, og ikke for sykdommen hun har. Ut fra bedringsteorien må sykepleier ta utgangspunkt i at den syke jenten skal kunne leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv på tross av omstendighetene (Hummelvoll, 2012). Jeg har også fått tilbakemelding gjennom praksisarbeid at man bygger opp under selvfølelsen, ved å flytte fokus fra diagnose til et mer helhetlig menneskesyn. Dette understreker betydningen av å være der for pasienten, når behovet melder seg. Føler pasienten seg sett bidrar dette til økt tillit til omsorgspersonene, som også påvirker motivasjon til å endre helseatferd. Ved at man diskuterer andre ting enn hennes sykdom, vil hun også føle at hun betyr noe mer, og dette igjen vil påvirke identitetsfølelsen (Hummelvoll, 2012).

5.2.3 Ansvar

Den anorektiske har et stort kontrollbehov (Hummelvoll, 2012). Hertz (2011) viser til motsetninger vedrørende krav om kontroll selv, og fritak fra at andre skal blande seg på en side, mot ønsket om å kunne oppnå tillit til andre mennesker slik det blir greit å gi slipp på noe av kontrollen. Det kommer frem av undersøkelsen til Ommen et al. (2008) at det er godt når noen overtar kontrollen. Kan man som sykepleier overta kontrollen samtidig som man ivaretar retten til medbestemmelse? Prinsippet blir at jenten føler at sykepleier overtar kontrollen for en periode, fremfor at hun tar kontrollen *fra* henne. Det er avgjørende at jenten får sjansen til å vise fremgang i egen takt, og at ønsket om å leve godt er et mål, fremfor produktivitet(vektøkter). Hun må bli bedre på sin måte, og man må ta tiden til hjelp (Hummelvoll, 2012).

I følge Skårderud (2013) kan anoreksi fungere som grensesetter; kroppen er tydelig på at det finnes utydigheter. Dette vises ved at hun skyver relasjoner fra seg, og stenger vanskelige følelser ute. Sykepleier må hjelpe jenten til å se at denne løsningen, etter hvert ble problemet. Kan hun ved å lære å sette grenser gjennom relasjonen bli en mer aktiv pasient? Tierney & Fox (2010) viser i sin studie at de som opplever at de grenser en setter blir akseptert, føler seg akseptert som menneske. Det vil gi økt selvtillit om hun klarer og sette grenser gjennom ord, fremfor med kroppen. Dette krever at hun våger å bli kjent med seg selv. Hun trenger å lære at hun selv (fornuften) vet best, og ikke andre (den anorektiske «stemmen»). Dersom sykepleier viser tillit ved at hun etter hvert får ta aktive valg i behandlingen, vil jenten trolig føle likeverdighet og respekt. Dette vil igjen styrke identitetsfølelsen. Studien til Ommen et al. (2008) viste at ungdommen følte at de gjenvant den plassen i samfunnet som anoreksien hadde tatt fra dem.

Betyr dette at psykisk bedring er viktigere enn fysisk bedring? Det er vesentlig at man setter mål knyttet til både vekt og mat for progresjon i behandlingen. Studien til Karpowicz et al. (2009) viste at ungdommen var avhengig av at det ble satt mål for behandlingen for å vise til progresjon. Dette innebærer at sykepleier først overtar all kontroll, for så å gi den tilbake etter hvert som ungdommen går opp i vekt. Dersom ungdommen viser tillit til hjelpepersonellet, vil dette også gi motivasjon til å gjenvinne tillit hos sine pårørende. Ved at ungdommen får komplimenter for å gå opp i vekt vil de også oppleve økt selvtillit. Dette knyttes opp til vekt, og avhenger av fysisk progresjon. Micevski og McCann (2005) problematiserer at ungdom med anoreksi gjerne er manipulerende, og har vanskeligheter med å stole på andre mennesker. Dersom man ikke setter fysiske mål, kan relasjonen bære preg av et spill fra ungdommen sin side, og en kan ikke med sikkerhet vise til bedring.

Men studien viste også at gjennom å sette pris på ungdommen, og la dem ta del og kontroll i behandlingen utviklet det seg en relasjon bygd på tillit. Ved at de fikk ta valg gjennom behandlingen, eksempelvis ved måltider, samt sosial setting, medførte det en aktivt deltagende ungdom både i behandling og bedringsprosessen. I symptombehandling med fokus på vekt og kosthold vil man ikke nødvendigvis oppdage grunnen til at anoreksien har fått så stor innflytelse og makt.

5.4. Ambivalens i forhold til behandling.

Hva kan være med på å gjøre det vanskelig å etablere en relasjon til jenten? Hertz (2011) sier noe om tvetydige motsetninger som kan prege sykepleieprosessen; Ønsket om tilknytning på en side, og ønsket om uavhengighet på den andre. Det er gjerne vanskelig å «nå inn» til henne, da hun sliter med angst, har isolert seg sosialt samt har dårlig kontakt med egne følelser. Micevski & McCann (2005) viser til sider ved sykepleien som kan gjøre jenten trygg i relasjonen, som igjen øker deres forståelse for vanskeligheten med mat, kropp og selvilde. Dette vil gjøre henne motivert til å endre negative tankemønstre. Deltagerne i relasjonen må få en felles forståelse for hverandre. Faren med denne type tilnærming ligger i om pleier ikke formidler forståelsen hun danner seg om jenten, til henne det faktisk gjelder. Dersom pleier ikke åpner opp for en felles forståelse vil relasjonen virke mot sin hensikt: Om jenten ikke føler seg sett, vil dette svekke tilliten til hjelpepersonalet og kan igjen føre til at identitetsfølelsen blir forstyrret ved at hun ikke får bli seg selv (Skårderud, 2013).

Sykepleier må vise interesse for å bli kjent med jenten som individ. Hun må dessuten gi av seg selv, for å gi en følelse av gjensidige partnere i relasjonen. Studien viste at de sykepleierne som gav av seg selv fikk bedre kontakt med pasientene. Like vel viste denne siden ved sykepleien et paradoks: Noen ungdommer lot være å åpne seg, da fokuset ble på sykepleier. Studien til Ommen et al. (2008) viste

at en god sykepleier må gå frem som et rolleeksempel, hvor man snakker om irrasjonelle følelser. Sykepleier som åpnet seg for ungdommen opplevde at dette var et godt verktøy for å opprette en god terapeutisk relasjon, og førte til at ungdommen vågde og utforske seg selv. Det kom også frem at dersom ungdommen får ta aktiv del i beslutninger som angår dem, vil de gjerne bli mer aktive i forhold til behandlingen. Eksempel som ble trukket frem var i sosiale settinger. Dette kommer også frem av yrkesetiske retningslinjer, som forutsetter medbestemmelse fra pasienten sin side (NSF, 2011)

På en annen side viste studien til Ommen et al. (2008) at det var mye angst forbundet til å jobbe med tvangstanker og følelser. Holdningene hos sykepleier vil, igjen, være avgjørende. Hun må stille seg spørrende til om det er ungdommen, eller den anorektiske «stemmen» som er mot behandling. Studien fremhevet også viktigheten av å nytte kunnskap som en del av relasjonsarbeidet. Ungdommen gav uttrykk for at de trengte hyppig informasjon om diagnose, samt konsekvenser av å leve med sykdommen. Dette kan igjen bli en barriere for den empatiske tilnærmingen dersom kommunikasjonsferdighetene hos helsepersonell ikke er gode nok. Om sykepleier gir informasjon ut fra personlige erfaringer, og tar utgangspunkt i eget perspektiv, glemmer hun hvordan pasienten opplever informasjonen som blir gitt, og hun glemmer brukerperspektivet. Dette svekker individet i relasjonen, og det vil ikke vokse frem identitet på slike premisser. Sagt på en annen måte: På seg selv kjenner man ikke alltid andre.

6. Konklusjon:

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier ved hjelp av en terapeutisk relasjon kan bidra til å bedre identitetsfølelsen til ung jente med anoreksia nervosa. Hovedfunn viser til at en relasjon preget av tillit er viktig for at man skal oppnå fremgang i bedringsprosessen. Tillit blir trukket frem som en av de viktigste aspektene ved den terapeutiske relasjonen, da den syke jenten må gå fra å ha tillit til den anorektiske «stemme», og mer over på tillit til omsorgspersonene. Byggeklossene i en relasjon preget av tillit er omsorg, respekt og ansvar. Dette har jeg også erfart via egen sykdomsbehandling. Gjennom den terapeutiske relasjonen må sykepleier vise at hun ser pasienten, og hvilke ressurser hun har, da dette vil bygge opp under selvfølelsen hennes. Sykepleier gjør dette ved å vise at hun er til å stole på, samtidig som hun støtter jenten. Ved å bruke relasjonskompetansen sin rett gjør hun seg villig til å forstå den syke, og hennes atferd.

Men funnene viser også at det er vanskelig å danne en terapeutisk relasjon på grunn av pasientens ambivalens i forhold til behandling, samt manipulasjon, som viser seg å være en barriere for tillit.

Gjensidig tillit er nøkkelen for en god arbeidsallianse, og påvirker behandlingsforløpet. Målet er å oppnå en balanse mellom kommunikasjon, tillit, omsorg og kunnskap.

Møter sykepleier jenten på en respektfull og anerkjennende måte, og tar utgangspunkt i hvor hun befinner seg, vil hun trolig vinne tillit fra pasienten sin side. Dette vil gi jenten mot til slippe den kontrollen anoreksien har, og la omsorgspersonene få større rolle. Jenten vil finne ny kraft i seg selv, og dermed styrke identitetsfølelsen.

7. Litteraturhenvisning

- Bakker, R., Meijel, B. V., Beukers, L., Meerwijk, E., & Elburg, A. V. (2011). Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with anorexia nervosa: The nurses' Perspective on effective interventions. Hentet fra *Journal of child and adolescent Psychiatric nursing*, 24(1), 16-22. doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00263.x
- Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (2006). Selvet og relasjonene - nyere psykoloanalytiske perspektiv. I Gulbrandsen, L.M. (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling - innføring i psykologiske perspektiver* (s. 104-137). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2009). *Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6639&MainContent_6263=6464:0:25,6640&List_6212=6218:0:25,6645:1:0:0::0:0http://tidsskriftet.no/article/482858.
- Folkehelseinstituttet (2010). *Folkehelse rapporten 2010: Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2/2010). Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>
- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri - Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- ICD-10 (1999). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevoni, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. Hentet fra *International Journal of mental Health Nursing*, 18(5), 318-325. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x

- Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Del 2: Barn og unge. (Rapport 8/2011. Nasjonalt folkehelseinstitutt.) Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Mathisen, K.S. (2010). Psykiske lidelser hos barn. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapport 2010 - Helsetilstanden i Norge* (s. 68-70). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Micevski, V. & McCann, T. V. (2005) Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa. Hentet fra *Contemporary nurse*, 20(1), 102-116. doi: 10.5172/conu.20.1.102
- Nielsen, G. H., & Binder, P.-E. (2006). Den klassiske psykoanalysens grunnbegreper: Normalutvikling og psykopatologi hos barn og unge. I Gulbrandsen, L. M. (Red.), *Oppvekst og psykologisk utvikling - innføring i psykologiske perspektiver* (s. 72-103). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ommen, J. v., Meerwijk, L. E., Kars, M., Elburg, A. V., & Berno, M. V. (2008). Effective nursing care of adolescent with anorexia nervosa: the patients' perspective. Hentet fra: *Clinical journal of nursing*, 18(20), 2801-2808. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02821.x
- Reissig, C. (2010). Psykiske lidelser hos voksne. I Folkehelseinstituttet (Red.), *Folkehelse rapport 2010 - Helsetilstanden i Norge* (s.64-68) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk svak - håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2008). *Psykiatri - Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribes.
- Statens Helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser - retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten* (Utredningsserie, 7-2000) Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf
- St. prp. nr 63 (1997 – 98). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?docId=STP199719980063000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Stubberud, D.-G., Almås, H., & Kondrup, J. (2010). Ernæring ved sykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (ss. 477-501). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tierney, S., & Fox, J. (2010). Living with the anorexic voice: A thematic analysis. Hentet fra *The British Psychological Society*, (83), 243-254. doi: 10.1348/147608309X480172
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G., & Fjeldstad, T. (2007). *Klienten - den glemte terapeut*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.

Vedlegg 1:

Metode			Resultater	
Tittel/forfatter(e) /årstall	Studiedesign	Innhold	Funn	Mulige drøftingsområder i bacheloroppgåva
Effective nursing care of adolescents diagnosed with anorexia nervosa: the patients' perspective van Ommen, J., Meerwijk, E. L.,	Kvalitativ studie	13 ungdommer mellom 12-18 år med Anorexia Nervosa ble intervjuet gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer for å lage en modell for effekt av behandling ved institusjon.	Sykepleiere bidrar til gjenvinning av friskhet. Tre punkter som gikk igjen i resultatene var normalisering av måltids- og trenings rutiner, strukturdannelse og ansvarsfordeling. Sterke relasjoner fremmer motivasjon, og har positiv innvirkning både på fysisk og psykisk gjenvinning. At sykepleier balanserer mellom å	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientperspektivet på bedringsprosessen - Hva kan fremme motivasjon for å bli frisk - Ambivalens på å motta behandling. Engstelse for at de må bekjempe tvangstankene sine, samtidig som at det er trygt at noen tilbyr kontinuitet og strukturert omsorg. - Er tiltak som settes i verk viktigere enn selve

<p>Marijke, K., van Elburg, A. og van Meijel, B.</p> <p>2009</p>			<p>ta og gi kontroll gir en følelse av tillit.</p> <p>Tillit gjør det lettere for ungdommen og åpne seg.</p> <p>Da ungdommen ble utfordret til å vise tillit gav dette også motivasjon til å gjenvinne tilliten til venner og familie.</p>	<p>samtaleterapien?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balanse mellom å ta kontroll og gi kontroll - Hvordan skape tillit
<p>Recovery of Normal Body Weight in Adolescents with Anorexia Nervosa: The Nurses' Perspective on Effective Interventions</p> <p>Bakker, R.,</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Formålet med denne studien er å belyse hvilke sykepleietiltak som viser seg å være effektive på å gjenvinne normal kroppsvekt for ungdommer med diagnosen Anoreksi</p> <p>8 individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer ble gjennomført med helsepersonell, der i blant 7 sykepleiere og en sosialarbeider.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på lydbånd</p> <p>Oppfølgingsstudie til pasientstudien nedenfor</p>	<p>Gode terapeutiske relasjoner er nøkkelen på ulike områder, sder man vil gjenvinne gode måltids- og treningsrutiner, sosial støtte og utvikling, og ved veiledning til foreldre.</p> <p>Dette er blant annet gjort ved å bidra til normalisering av trening og måltidsrutiner, opprettinga av struktur, samt overtakelse av ansvar.</p> <p>En balanse mellom</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleieperspektiv på bedringsprosessen. - Effektive tiltak for vektøkning - Hvordan skape gode relasjoner

Meijel, B. V., Beukers, L., Meerwijk, E., & Elburg, A. V. 2011			kommunikasjon, tillit, omsorg og kunnskap.	
Living with the «anorexic voice: a thematic analysis» Tierney, S., & Fox, J. 2010		37 kvinner over 16 år deltok i studien ved å motta en undersøkelses-pakke. De ble bedt om å skrive om sitt forhold til det å leve med en anorektisk stemme. Totalt 22 data kunne brukes etter evaluering og eksklusjonskriterier. Gjennomsnittsalderen på de som deltok var 22.1 år.	Flere av deltagerne relaterte til den anorektiske stemmen som en «venn». De fortalte om tre stadier i sykdoms- og bedrings-prosessen: 1) Å bli lokket inn i forholdet 2) Bli fanget i forholdet 3) livet utenfor forholdet Stemmen gikk fra å være en trøst og trygghet, til å bli kommanderende, kontrollerende og streng. Stemmen hindret dem i å skape sitt eget liv.	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan hindrer stemmen jenten til å skape egen identitet? - Hvordan finne til en identitet uten lav vekt som et mål? Hvordan «slå opp» med stemmen. - Hvordan problematisere stemmens motiver? - Kan man overbevise henne om at livet uten stemmen er bedre? - Hvem styrer livet når stemmen ikke er der? - Er det pasienten som er

			<p>De ble straffet dersom de ikke etterlevde stemmens ønsker, og hadde ikke rett eller verdi til å stå uten stemmen.</p> <p>Stemmen fortalte stadig at normalt ikke er godt nok. Å være alminnelig (normalvektig) ville si at en ble ubetydelig.</p>	egenrådig, eller den anorektiske stemmen?
<p>Developing interpersonal relationships with adolescents with anorexia nervosa</p> <p>Micevski, V. og McCann, T.V.</p>	Kvalitativ studie	10 sykepleiere ved barneavdeling (ikke spesialisert for spiseforstyrrelser) ble intervjuet gjennom dybdeintervju i 30-60 minutter. Senere ble de analysert for å finne sammenhenger.	<p>Tre hovedpunkter for å utvikle en god mellommenneskelig relasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Knytte bånd ved å skape en forståelse av hverandre. <p>Sykepleier må her gi av seg selv, for å skape følelse av gjensidige parter, samt vise interesse for å bli kjent med jenten. Det vil dessuten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan skape en felles forståelse? - Hvilke følger kan det ha om man ikke får en felles forståelse? - Hvordan utvikle tillit?

2005			<ul style="list-style-type: none"> - Støttende funksjon: Ved at sykepleier var engasjert, motiverte dette til bedring - Utvikle tillit: Gjensidig følelse av tillit ble opprettet ved at sykepleier lyttet til pasient, var ærlige, bevarte konfidensialitet og satt av tid til ungdommen. 	
<p>Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa</p> <p>Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevoni, L.</p> <p>2009</p>	Kvantitativ studie	<p>Formålet med studiet var å undersøke hvordan diagnosen anoreksi påvirker selvtilliten til rammede jenter og kvinner.</p> <p>38 av 45 jenter og kvinner mellom 16-25 år ble intervjuet. Intervjuene ble gjennomført før og etter tre måneder i behandling ved spesialavdeling for lidelsen, i Sverige.</p>	<p>Både forhold som angår selvfølelse, BMI og generell tilfredshet med livet var bedre ved postbehandlingen, enn prebehandling.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan øke jenten sin selvtillit - Har hun dårlig selvtillit? -

Vedlegg 2:

Søkedato	Database Tidsrom 2005 - dd	søkeord	treff	Leste abstrakter	Artikler som skal brukes
10/04	APS (inkludert Medline og Cinahl)	1. Anorexia nervosa	22984		
10/04	APS	2. Adolescents	337489		
10/04	APS	3. Effective nursing	4460		
10/04	APS (inkludert Cinahl og Medline	4. relations	1 436 370		
	APS	Komb. 1-2-3-4	4	4	2
15/04	Oria	1. Anorexia Nervosa	29158		
		2. Adolescent	160247		
		3. Nursing	554539		
		4. identity			
		Komb 1-2-3-4 Avgrenset til artikler fagfelleverdert.	212	6	1 anorexic voice
16/04	CINAHL	Anorexia nervosa	2846		
		adolescent	33170		
		Interpersonal relationship	1222		
		Komb 1-2-3	1	1	0
	OVID	Anorexia nervosa and adolescent and nursing Limit : 0-18 år	7451	4	0
20/04	Oria	1. Anorexia nervosa			
		2. Adolescents			
		3. Nursing			
		4. Self-esteem			
		Komb. 1-2-3-4 avgrense til 2005-2015, samt fagfelleverdert	2	2	1 (self- esteem in patients treated for anorexia

					nervosa)
20/04	ASP	1. Anorexia nervosa			
		2. adolescent			
		3. Interpersonal relationship			
		4. komb 1-2-3	5	5	1 (Developing interpersonal relationship)

Vedlegg 3:

Diagnostiske kriterier (ICD-10):

1. Avmagring til BMI < 17,5 hos personer over 16 år eller til 15 % lavere vekt enn forventet. Hos barn kan det også være manglende vektøkning med vekt < 15 % av forventet vekt.
2. Forstyrret kroppssoppfatning i form av at pasienten føler seg tykk tross lav vekt
3. Avvisning av kaloririk mat.
4. Fravær av minst tre påfølgende menstruasjoner uten bruk av P-piller eller andre blødningsinduserende medikamenter
5. Bulimi ikke til stede.

I tillegg til ICD-10 kriteriene finnes ofte følgende **psykiske symptomer**:

- Lavt selvbilde med nedvurdering og utilstrekkelighets følelse.
- Økt fokus på sunn mat, matlaging og tvangsmessige ritualer rundt mat (spiser alene, pirker i maten, spiser sakte, drikker mye vann).
- Ellers kan man se svingninger i humør, rastløshet/uro, konsentrasjonsproblemer, tvangstanker/handlinger (hører indre stemmer som styrer dem), angst, isolasjon og trening (sit-ups/løping i terreng og trapper).

Vanlige **kroppslige symptomer** ved anoreksi er lav puls (40–60/min), lavt blodtrykk, lanugobehåring, lav kroppstemperatur, skjelettforandringer, svinn av fett og muskler, dehydrering og tretthet.

